

# TRABAJO FIN DE GRADO: Evolución de los cuidados al final de la vida en pacientes con COVID-19.

Evolution of end-of-life care in patients with COVID-19.

**AUTOR: María Castaño Mantilla**

**TUTOR: Tamara Silió**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**Universidad de Cantabria. Facultad de Enfermería.**

**2021.**

## **AVISO DE RESPONSABILIDAD**

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

## Tabla de contenido

RESUMEN .....	3
ABSTRACT .....	3
INTRODUCCIÓN .....	4
Justificación .....	5
Material y métodos .....	6
Objetivos .....	6
Estructura .....	6
CAPÍTULO 1: PANDEMIAS HISTÓRICAS .....	8
1.1 La peste .....	8
1.2 La viruela .....	8
1.3 La Gripe Española .....	9
1.4 El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).....	9
CAPÍTULO 2: LEGISLACIÓN SOBRE MUERTE DIGNA EN ESPAÑA.....	10
2.1 Antecedentes .....	10
2.2 Andalucía y Muerte digna .....	11
2.3 El proceso de avance en el resto de España y la situación actual.....	11
CAPÍTULO 3: ASPECTOS ÉTICOS DE LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA EN LA PANDEMIA POR COVID-19 .....	12
3.1 Muerte digna.....	12
3.2 Cuidados paliativos y COVID-19 .....	13
3.3 Encarnizamiento terapéutico y COVID-19.....	13
3.4 Acompañamiento al final de la vida y COVID-19.....	13
CONCLUSIÓN .....	16
BIBLIOGRAFÍA .....	17

## RESUMEN

Durante los meses más duros de la pandemia provocada por el Sars-CoV2, los cuidados al final de la vida han provocado numerosos dilemas éticos de gran trascendencia. Todos los medios de comunicación hacían eco de como los pacientes morían solos y sin recibir atención médica. Con el paso del tiempo, la situación y los problemas éticos fueron variando mientras evolucionaba la situación frente al virus.

Por ello, la finalidad del presente trabajo es reflexionar sobre la ética de los cuidados al final de la vida que se dio durante los meses más duros de la pandemia provocada por el COVID-19 en 2020. Además, se compara con la situación actual y se describe como se encuentran los pilares de la muerte digna en los pacientes COVID-19.

Otro de los aspectos de gran importancia que aquí se recoge es la regulación actual de la muerte digna. Además, se pone énfasis en el trabajo realizado por las enfermeras cuando los pacientes COVID-19 se encontraban en las peores condiciones, así como en los cuidados que han recibido tanto ellos como sus familias.

## ABSTRACT

During the hardest months of the Sars-CoV2 pandemic, end-of-life care has led to many ethical dilemmas of great significance. All the media echoed how patients died alone and without medical attention. With the passage of time, the situation and ethical problems changed as the situation with the virus evolved.

Therefore, the purpose of this work is to reflect on the ethics of end-of-life care that occurred during the hardest months of the pandemic caused by COVID19 in 2020. It is compared with the current situation and is currently described as are the pillars of dignified death in COVID-19 patients.

Another aspect of great importance that is included here is the current regulation of dignified death. In addition, emphasis is placed on the work carried out by nurses when patients were in the worst conditions, as well as on the care that they and their families have received.

## INTRODUCCIÓN

La muerte digna u ortotanasia ha ocasionado históricamente numerosos problemas éticos y legislativos a nivel global. A día de hoy, en nuestro país es un aspecto de la libertad del paciente que continúa sin estar regulado a nivel nacional. Sin embargo, son numerosas las Comunidades Autónomas que han publicado distintas legislaciones sobre los derechos y garantías de la dignidad del paciente ante el proceso final de la vida. Ejemplo de ello es la Comunidad Valenciana a través de la Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida (1).

En España, la única forma de asegurar legalmente la autonomía del paciente sobre los cuidados que se reciben al final de la vida, cuando este no se encuentra en condiciones de salud para decidir por sí mismo, es el documento de voluntades previas o testamento vital. Desafortunadamente, es desconocido por la mayor parte de la población, de hecho en 2019 tan solo se registraban alrededor de 3000 documentos en Cantabria (2).

Estos antecedentes evidencian el hecho de que una pandemia mundial, como la del COVID-19, ha puesto en jaque a los sistemas sanitarios de todos y cada uno de los países y ha tenido su repercusión ante la actitud de los profesionales frente a la muerte.

La elevada presión asistencial y la falta de recursos tanto materiales como humanos provocada por la expansión de la COVID-19 influyó negativamente en la garantía de muerte digna de los pacientes. Por ello, el presente documento trata de analizar las actuaciones y las consecuencias de los problemas éticos surgidos de la situación.

La COVID-19 está causada por el Sars-Cov-2, un tipo de coronavirus cuya procedencia es desconocida. Sin embargo, numerosos estudios señalan que su origen deriva de los animales, concretamente de los murciélagos (3).

El primer caso reportado por Sars-Cov-2 se produjo el 31 de Diciembre de 2019 en la ciudad china de Wuhan. La aparición de neumonías atípicas causadas por un tipo de coronavirus desconocido que comenzaron a propagarse a gran velocidad, hizo saltar todas las alarmas. Esto provocó que el 30 de Enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud declarase la situación como “emergencia de salud pública de interés internacional”. Tras el aumento de casos, su difusión por distintos países y continentes y el desarrollo de la transmisión comunitaria, se declaró pandemia el 11 de Marzo de 2020 (4).

El 14 de Marzo de 2020 se publicaba en España el Real Decreto 463/2020 por el cual se declaraba el estado de alarma en todo el territorio español durante quince días, con motivo de gestionar la crisis sanitaria provocada por dicha pandemia. Mediante el mismo, se establecía la limitación de la circulación de las personas, más conocido como confinamiento, y se suspendían las actividades educativas y laborales no esenciales (5). Posteriormente, comenzaron a llegar las prorrogas del estado de alarma, que terminaron por prolongarlo durante meses. Con dichas prorrogas, se actualizaban y adaptaban las medidas restrictivas establecidas por el Gobierno de España.

Dicho estado de alarma ha estado vigente hasta el 9 de Mayo de 2021, como se recogía en el Real Decreto 956/2020 (6).

En España, durante los meses más duros de la pandemia, han sido numerosas las noticias sobre el colapso de los hospitales, la difícil asignación de recursos y el resto de

dificultades que ha provocado la COVID-19 en una primera oleada que azotó duramente a España. Pero sin lugar a dudas, las noticias más ensordecedoras eran las que hacían referencia a las condiciones en las que las personas estaban muriendo.

Por las características de contagiosidad y los aislamientos necesarios, así como el confinamiento domiciliario que se ha sufrido, los pacientes y enfermos, porque no todos llegaban a recibir asistencia sanitaria, han estado falleciendo solos, alejados de sus familias y de su afecto.

Esto ha provocado que dentro de los centros asistenciales, las figuras del personal sanitario hayan adquirido una importancia todavía mayor en la última etapa de la vida, quedando sobre sus hombros el cien por cien del peso de los últimos cuidados recibidos y haciendo frente a los dilemas éticos que aquí se exponen.

Uno de los factores que interviene en los problemas éticos es la controversia generalizada a la hora de hablar de muerte digna, que viene dada por la confusión entre este término y el de eutanasia. Si a eso le sumamos las creencias personales de la población junto con los ideales religiosos y políticos, el conflicto está asegurado. Por ello, es importante marcar la diferencia.

Se define muerte digna como el proceso de morir sin sufrimiento y de forma digna en pacientes terminales irreversibles con “enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades de respuesta al tratamiento médico, como en la fase última de agonía, caracterizada por deterioro físico grave, trastorno cognitivo y pronóstico vital muy limitado” a través del uso u omisión de tratamientos, los cuales no pretenden provocar ni adelantar el fallecimiento (7).

Sin embargo, por eutanasia se entiende aquella acción u omisión realizada sobre un paciente terminal, con previa solicitud y consentimiento del mismo, realizada por el personal sanitario, que acelera el proceso de muerte con el fin de evitar sufrimiento al paciente (8). Es requisito indispensable que exista relación causal entre la acción realizada y la muerte del paciente para considerarse eutanasia (9, 10).

## Justificación

La ética es una herramienta que está presente en el día a día de los profesionales sanitarios y que en situaciones normales plantea dificultades en la toma de decisiones asistenciales. Además, es uno de los aspectos fundamentales en lo que a muerte digna se refiere.

Se eligió este tema debido al interés suscitado por los problemas éticos derivados de la pandemia mundial, entre los que se encuentran los cuidados al final de la vida que los profesionales han brindado con una presión asistencial desbordante.

El hecho de que la población general pusiera en el foco de atención las condiciones en las que la gente estaba muriendo a causa de la COVID-19 provocó la necesidad de analizar cuál es la situación legal actual sobre muerte digna y como se estaba aplicando la misma tras la llegada del virus. Así como la manera en la que estas medidas afectan a la praxis enfermera.

## Material y métodos

El siguiente trabajo está basado en artículos y publicaciones que abordan el tema a tratar, por lo que la metodología empleada es cualitativa y descriptiva.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos a través de la utilización de los conceptos clave “muerte digna” “covid” “cuidados al final de la vida” “ética”. También han sido utilizados Mesh y Decs, entre los que encontramos “Coronavirus” “Enfermería” y “Ética”. Las bases de datos consultadas han sido principalmente Google Académico y Cochrane. En dicha búsqueda se ha filtrado el contenido a publicaciones de los últimos 5 años y a documentos publicados en inglés y español, obteniendo como resultado un total de 36 fuentes. Entre ellas, también se encuentran diferentes páginas web de organismos gubernamentales consideradas de interés para el trabajo, así como distintos documentos legales.

## Objetivos

Los objetivos de este trabajo de fin de grado son:

Objetivo principal:

- Identificar los problemas éticos sobre los cuidados al final de la vida de los pacientes con COVID-19 durante la pandemia.

Objetivos secundarios:

- Describir el marco legislativo Español sobre la muerte digna.
- Identificar los pilares fundamentales de la muerte digna.
- Describir los cuidados brindados a los pacientes COVID-19 durante la pandemia.
- Analizar el estado actual sobre el acompañamiento al final de la vida en pacientes COVID-19.
- Definir la importancia de la ética en la praxis enfermera.

## Estructura

El siguiente trabajo de fin de grado se estructura en tres capítulos:

Capítulo 1: Pandemias históricas.

Breve descripción de las pandemias mundiales más relevantes a lo largo de la historia. Además, se establece una pequeña reflexión sobre los avances en cuanto a medidas preventivas para el control de la expansión desarrolladas con el avance de la ciencia. Así mismo, se comparan con las medidas actuales y se evidencia el cambio en la visión del paciente.

Capítulo 2: Legislación sobre Muerte Digna en España.

En este capítulo se desarrolla la historia y recorrido del marco legislativo sobre la muerte digna en nuestro país. En él se describen los primeros pasos dados de forma generalizada por

todo el territorio y como estas carencias llevaron a diferentes comunidades autónomas a identificar la necesidad de desarrollar una ley específica y concreta. Además, en el se recoge la situación actual sobre dicha regulación.

### Capítulo 3: Aspectos éticos de los cuidados al final de la vida en la pandemia por COVID-19.

Descripción de los cuidados brindados ante la muerte de los pacientes debido a la situación de pandemia.



## CAPÍTULO 1: PANDEMIAS HISTÓRICAS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define pandemia como “la propagación mundial de una nueva enfermedad” (11). Bajo esta definición, históricamente se encuentran numerosas pandemias que han afectado e influido sobre la humanidad.

### 1.1 La peste

Si nos remontamos al pasado, está en controversia determinar cual fue la primera pandemia, sin embargo, la Peste es considerada como tal debido a que es la primera que se encuentra documentada, comenzando en 541 d.C. (12).

Causada por la bacteria *Yersinia Pestis*, es una de las pandemias que más se ha replicado a lo largo de la historia y de las más letales, llegando a tener la tasa de muerte más alta con 200 millones de defunciones en su punto más álgido, el brote que se desarrolló entre 1347-1351. (sin contabilizar el resto de replicas-brotes) (3).

No se conoce con detalle la atención sanitaria que recibieron los pacientes en dicho brote, ni las medidas empleadas para la contención de la expansión o la prevención, pero si hay referencias de la necesidad de fosas comunes debido a la alta tasa de mortalidad y el desbordamiento de los servicios funerarios (12).

Con el paso del tiempo, las medidas sanitarias se fueron desarrollando con el fin de evitar la propagación. Fue así como apareció el concepto de cuarentena en 1377 o el desarrollo de un centro específico de aislamiento en 1423. En esta última medida, destacó la figura de la enfermera, la cual, para atender a los pacientes aislados recibía previamente formación. Además, data del siglo XVII la aparición de un traje específico para la protección de los profesionales frente a la peste, compuesto por una gran capa que recubría todo el cuerpo, guantes y sombrero de piel de cabra y una mascarilla de unas características muy peculiares. A esto se le sumaba una vara con la cual el profesional determinaba la distancia de seguridad que debían de mantener los pacientes (12).

Sin embargo, no fue hasta 1894 cuando se descubrió el mecanismo causal de la enfermedad. A partir de ahí y gracias al avance de la ciencia, fue posible el desarrollo de la primera inmunización para dicho microorganismo y el descubrimiento del mecanismo de transmisión (las pulgas), con la consiguiente implantación de soluciones específicas para tal (uso de pesticidas).

### 1.2 La viruela

Otra de las enfermedades más relevantes a nivel mundial fue la viruela. Al igual que la peste, provocó numerosos brotes a lo largo de los años. La expansión del virus se vio exacerbada en el año 1550 d.C. debido a la colonización de América. Allí, ocasionó un número de defunciones desorbitado, ya que la población indígena carecía de inmunidad. Fue una de las razones que favoreció la conquista del territorio y la desaparición de numerosas poblaciones (13). Por consiguiente, acabó con distribución mundial durante los siglos XVII y XVIII d.C.

El desarrollo de dicha enfermedad fue paralelo al de la peste, por lo cual las medidas sanitarias empleadas para la contención y tratamiento fueron similares.

Sin embargo, fue la enfermedad que impulsó el descubrimiento de la primera vacuna y a través de ella, se ha conseguido que sea una de las pocas enfermedades que se consideran erradicadas a nivel mundial (14).

### 1.3 La Gripe Española

El siglo XX, dio paso a una de las pandemias considerada de las más devastadoras, la Gripe Española. A pesar de su nombre, tuvo su origen en EEUU en 1918 y debido al transcurso de soldados de América a Europa por la Primera Guerra Mundial, llegó a nuestro continente azotándolo con gran fuerza. Este virus se cobró un tercio de la población mundial y provocó el colapso de los hospitales en numerosos países (13). España no destacó por una incidencia mucho mayor que el resto de países, la diferencia se debía a que los medios de comunicación de nuestro país no estaban cohesionados políticamente y se publicaron cifras reales sobre los afectados y fallecidos.

Con referencia a las medidas sanitarias que se emplearon, se describen desde el desarrollo de centros de vigilancia epidemiológica en las fronteras con Francia, aislamiento de personas con fiebre de más de 37°C, la prohibición de aglomeraciones, la desinfección de calles, el desarrollo de hospitales específicos e incluso el uso de mascarillas higiénicas (12).

### 1.4 El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

En lo que a pandemias se refiere, no se puede olvidar el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Se originó en 1981 en África, a pesar de que su expansión masiva tuvo lugar en América. Son varios los mecanismos de transmisión conocidos a través del cual se puede contraer la infección: vía sexual, vía transplacentaria, transfusiones sanguíneas y uso de agujas hipodérmicas contaminadas (12). A día de hoy, se sigue luchando contra los resquicios de haber dejado el virus, ya que en 2019, 38 millones de personas seguían conviviendo con la infección (15). Gracias al descubrimiento de la terapia antirretroviral, pasó a considerarse una enfermedad crónica, y permitió descender la tasa de mortalidad de 2.8 millones de personas en 1999 (16) a 690.000 personas en 2019 (15). A pesar de los avances y descubrimientos en los tratamientos, siguen sin haberse hallado cura para la enfermedad. A la sombra de las enfermedades causadas por este virus, se encuentra el estigma y la marginación que sufrieron los pacientes. Durante muchos años, el miedo al contagio por la desinformación y las prácticas sanitarias con manipulación de sangre daban lugar a un trato desigual a las personas con VIH.

Como se puede observar, a lo largo de todas las pandemias históricas que se han vivido, los avances de la ciencia han ido ayudando a desarrollar grandes medidas de contención, prevención y tratamiento, que a día de hoy, con su consiguiente adaptación se siguen utilizando como base de la atención sanitaria en cuanto a pandemias se refiere. Sin embargo, la actual pandemia que se está viviendo ha llegado mucho más lejos. El desarrollo de la visión holística del paciente, englobando todas sus esferas y dejando de lado la enfermedad como centro de la

atención, nos ha llevado a preocuparnos sobre los cuidados que se reciben cuando la vida no da más de sí.

## CAPÍTULO 2: LEGISLACIÓN SOBRE MUERTE DIGNA EN ESPAÑA.

### 2.1 Antecedentes

En España, la primera ley que hizo referencia a los derechos de los pacientes dentro del sistema sanitario fue la Ley General de Sanidad de 1986.

Sin embargo, no fue hasta 2002 cuando se desarrolló una ley específica sobre dichos derechos (17). Los principios básicos de dicha ley hacen referencia al derecho a decidir libremente y el derecho a negarse al tratamiento. Sin embargo, este último no queda desarrollado en los artículos posteriores, dejando así una incógnita sobre las medidas de aplicación de este derecho. Otro de los aspectos que se recogen en esta ley son las Instrucciones previas, quedando descritas en el Artículo 11.

La ambigüedad de la legislación provocó numerosos dilemas éticos a la hora de su aplicación clínica. Prueba de ello fueron dos casos que marcaron un antes y un después. El primero fue el de Jorge León, un paciente tetrapléjico tras un accidente de tráfico, que necesitaba ventilación mecánica para seguir con vida. En 2005 el paciente solicitó desconectar su respirador. A pesar de la existencia de la ley, nadie se atrevía a dar el paso de retirar la terapia ventilatoria dando lugar a una situación muy controvertida. No hubo consenso con respecto a su caso. Se resolvió en 2006 cuando una persona anónima desconectó su soporte ventilatorio. Se abrió una investigación judicial de la que no se obtuvieron resultados. El segundo caso fue el de Inmaculada Echevarría, que en 2006 solicitó públicamente ser sedada y desconectada de su soporte respiratorio, el cual necesitaba desde hacía diez años debido a una enfermedad muscular degenerativa (18).

Este último caso, dado en Andalucía, no se resolvió hasta 2007 donde se estableció que la paciente solicitaba limitación de esfuerzo terapéutico y que se negaba a recibir el tratamiento, por lo que se la terminó retirando la ventilación mecánica. A pesar de ello, el equipo asistencial fue denunciado ante el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, que posteriormente archivó el caso (18).

Es evidente la transcendencia mediática que tuvieron ambos pacientes. Además de suscitar un amplio debate entre la población, puso en evidencia la necesidad de regular la autonomía del paciente con respecto a la muerte.

También quedaron al descubierto las carencias de legislación en cuanto a protección de los profesionales, los cuales quedaban desamparados debido a la falta de claridad de la normativa, entrando en conflictos éticos internos sobre la buena praxis y en problemas legales por sus actuaciones. Por ello, los profesionales sanitarios se encontraban en situación de incertidumbre con respecto a la toma de decisiones.

Si a eso se le suman las diferentes interpretaciones entre comunidades autónomas de aquella legislación, se encuentra un escenario de desigualdad entre los pacientes.

## 2.2 Andalucía y Muerte digna

Todos estos motivos fueron los que impulsaron a la Comunidad Autónoma de Andalucía a desarrollar un marco legislativo que regulase la toma de decisiones al final de la vida. El proceso de formulación de esta ley se llevó a cabo de manera minuciosa a lo largo de dos años. Fue así como el 20 de Marzo de 2010 entró en vigor en dicha autonomía la Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte (19).

El resultado fue una legislación muy completa que recogía los derechos de los pacientes con respecto a la muerte, los deberes de los profesionales que atienden a dichos pacientes y las garantías que deben proporcionar las instituciones sanitarias con respecto a la muerte.

En ella, el principio básico a destacar es “la garantía del pleno derecho a la plena dignidad de la persona en el proceso de la muerte”. Además, los objetivos principales eran definir los criterios y las condiciones que el sistema sanitario debía desarrollar para garantizar la dignidad frente a la muerte, evitando el sufrimiento y respetando las decisiones de los pacientes (18).

Dicha ley recoge y describe de forma clara y precisa el derecho al rechazo y a la retirada de una intervención, así como la revocación de un consentimiento informado (Artículo 8), el derecho de los pacientes a recibir cuidados paliativos integrales y a escoger domicilio donde recibirlos (Artículo 12), el derecho de los pacientes a la administración de sedación paliativa (Artículo 14) y el derecho al acompañamiento (Artículo 16).

Otro de los pilares fundamentales con respecto a la muerte digna que se regula es la limitación del esfuerzo terapéutico. En el Artículo 21 se describe como el médico responsable, en consenso con otro facultativo y teniendo en cuenta el criterio del enfermero del paciente, puede tomar la decisión de que el paciente no sea candidato a ciertos tratamientos en función de su situación clínica, evitando así la obstinación terapéutica, más conocida como “encarnizamiento terapéutico”.

## 2.3 El proceso de avance en el resto de España y la situación actual

La claridad y aceptación de la Ley de Andalucía supuso un antes y un después en el avance en muerte digna en España. Dicho documento provocó la respuesta de otras comunidades autónomas que siguieron su ejemplo. Entre ellas encontramos a Navarra y Aragón que tan sólo un año más tarde en 2011 publicaron su propia normativa (20)(21).

Unos años más tarde, entre 2015 y 2016 se adhirieron a la regulación de la muerte digna Baleares, Canarias, Galicia y Euskadi (22).

Las últimas comunidades en hacerlo han sido Madrid, Asturias y Comunidad Valenciana en 2018 (22).

El resto de comunidades autónomas, entre las que se encuentra Cantabria, a día de hoy no disponen que una ley específica que regule la autonomía del paciente con respecto a la actitud frente a la muerte. Así, en 2018 la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria

declaraba su intención de regular la muerte digna cuando existiese un consenso a nivel nacional (23).

Actualmente España no posee de un marco legislativo que asegure la muerte digna a todos los ciudadanos de forma similar.

## CAPÍTULO 3: ASPECTOS ÉTICOS DE LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA EN LA PANDEMIA POR COVID-19

La situación actual a la que nos enfrentamos ha tenido numerosas consecuencias que han afectado al desarrollo de las prácticas enfermeras habituales. La elevada tasa de contagiosidad y mortalidad producida por el Sars-CoV2 ha provocado un aumento de la carga asistencial, una sobrecarga de los profesionales sanitarios, así como escasez de recursos materiales. Esto, se ha traducido en desigualdades para los pacientes debido a la necesidad de priorización en función de la edad y del pronóstico de los mismos.

Todos estos factores también han provocado una disminución de la calidad de los cuidados al final de la vida, de tal forma, que se ha visto afectada la capacidad de los profesionales de brindar una muerte digna a los pacientes.

### 3.1 Muerte digna

Como se ha comentado anteriormente, la muerte digna es un derecho que tiene como objetivo principal garantizar la autonomía del paciente con respecto a sus decisiones frente al proceso de morir, para así poder evitar el sufrimiento innecesario y la prolongación de la vida en fases terminales o enfermedades incurables (24). Este término en ningún momento tiene la finalidad de adelantar la muerte del paciente, sino que recoge el respeto a negarse a recibir tratamiento tras ser informado de forma pertinente, así como el derecho a recibir cuidados paliativos necesarios para combatir el dolor y sufrimiento, dejando que la enfermedad siga su curso natural (25). Por ello, la muerte digna, también conocida como ortotanasia, se define en ocasiones como “el arte de morir bien, humanamente y correctamente” (26).

Si analizamos la definición éticamente, observamos que el concepto de muerte digna recoge dos de los principios bioéticos que todo profesional debe aplicar en su praxis: el principio de no maleficencia, que valora en todo momento que en nuestras intervenciones predomine el beneficio al daño, absteniéndose de realizar acciones que puedan provocarlo; y el principio de autonomía (27).

Por otro lado, basándonos en la misma definición, podemos describir los pilares fundamentales de la muerte digna como: garantizar el acceso a los cuidados paliativos y el tratamiento del dolor, evitar el encarnizamiento terapéutico, el acompañamiento en la última etapa de la vida, respetar la libre decisión de cada uno (18).

### 3.2 Cuidados paliativos y COVID-19

A día de hoy, los cuidados paliativos y el control del dolor es algo que está implantado de manera funcional en todos los hospitales. En nuestra comunidad autónoma, el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla dispone de un servicio específico de cuidados paliativos con numerosas alternativas que puede ofrecer a los pacientes.

En un primer momento, el desconocimiento de la enfermedad provocada por el Sars-Cov2 provocada que los cuidados paliativos estuvieran basados en similitudes con otras enfermedades. Con el paso del tiempo y la ampliación de información sobre la evolución del virus y los pacientes, se describieron las medidas más adecuadas para este caso.

Con respecto al tratamiento del dolor y del resto de síntomas que pueden aparecer durante las fases más agónicas de la enfermedad, en este caso por Coronavirus, han sido desarrollados protocolos que describen las escaleras terapéuticas a seguir a medida que van incrementando los síntomas, con el fin de proporcionarle al paciente medidas de confort. Ejemplo de ello, son el protocolo de la Comunidad Autónoma de Castilla y León (28) o el de Cantabria (29).

En el protocolo de la Comunidad Autónoma de Cantabria, se describen numerosas orientaciones y recomendaciones farmacológicas para aliviar los principales síntomas que más malestar y sufrimiento provocan a los pacientes, tales como disnea, tos seca persistente, fiebre y delirium hiperactivo. Además, recoge también orientaciones sobre sedación paliativa cuando los síntomas son incontrolables con las medidas descritas o el pronóstico del paciente es infausto (29).

### 3.3 Encarnizamiento terapéutico y COVID-19

Se define el encarnizamiento terapéutico como el “uso desmedido de medidas físicas o químicas con el fin de salvar la vida en casos de pacientes que tienen mal pronóstico o una enfermedad terminal” (30). De tal forma, que se emplean tratamientos y pruebas diagnósticas con dudoso beneficio para el paciente, evitando que la naturaleza siga su curso y prolongando las fases más agónicas de enfermedad (27).

Si reflexionamos sobre la situación de colapso de los hospitales durante los meses más duros de la pandemia, se puede llegar a la conclusión de que en este periodo de tiempo los pacientes de Sars-Cov2 no han estado sometidos a encarnizamiento terapéutico, sino todo lo contrario. La falta de recursos tanto humanos como materiales provocó una falta de atención hacia los enfermos. Pacientes que no llegaban al hospital, otros que no sobrepasaban las urgencias hospitalarias, la falta de camas... Esto ha llegado a traducirse en muertes que podían haber sido evitadas.

### 3.4 Acompañamiento al final de la vida y COVID-19

Dentro de los pilares de la muerte digna, se puede considerar que el acompañamiento al paciente en fase terminal es el más importante.

Cuando se hace una reflexión personal sobre la forma en la que se va a morir, la única idea que nadie tiene es que sea alejados de nuestros seres queridos. La gran mayoría de personas siempre hace referencia a despedirse de las personas importantes, a querer tenerlas al lado... Es decir, culturalmente existe el miedo a morir solo.

Habitualmente, cuando una persona enferma con mal pronóstico fallece, lo hace rodeada de sus familiares más cercanos, recibiendo muestras de afecto y cariño hasta su último aliento.

Todo a lo que normalmente la sociedad está acostumbrada, cambió por la COVID-19.

Las hospitalizaciones provocadas por este virus durante la primera ola de la pandemia quedaron marcadas por la prohibición de visitas a todos los efectos en dichos pacientes, ya fuese en las plantas dedicadas a COVID o en unidades de cuidados intensivos. Todo ello con el objetivo de evitar la transmisión y reducir la tasa de contagios (31).

En esos primeros momentos, la figura de los profesionales sanitarios cobró especial relevancia en el acompañamiento al final de la vida, desarrollando habilidades personales para hacerles sobrellevar a los enfermos ese momento tan duro (32).

Uno de los aspectos más relevantes fue la escucha activa. Los profesionales basaron el trato al paciente durante su último aliento en un acompañamiento distante pero cercano, manteniendo las distancias de seguridad y con el equipo de protección individual, con una escucha activa y un discurso “sereno, comprensivo y sosegador” (32). Sin embargo, a pesar de todos los esfuerzos del personal, la elevada carga asistencial impedía brindar a todos los pacientes las mismas oportunidades.

Además, cuando el progreso de la enfermedad daba lugar a un empeoramiento de los pacientes, y terminaba provocando su fallecimiento, estos lo hacían sin poder estar en contacto con sus familiares, una figura insustituible. De tal forma, que se estaba privando a los pacientes de su derecho a morir con dignidad, encontrándose solos y alejados de sus familiares (33).

Las noticias sobre pacientes que estaban muriendo solos no tardaron en hacerse eco en los medios de comunicación, teniendo gran trascendencia en la sociedad. Todo el mundo era consciente de que con el virus no se podía acudir al hospital, pero también era evidente la necesidad de soluciones ante este problema. (34)

Por ello, la primera de las soluciones no tardó en llegar. El análisis de los profesionales sanitarios sobre la necesidad de acompañamiento dio lugar al desarrollo de “visitas” a los pacientes a través de videollamadas. Sin embargo, es una medida insuficiente cuando se refiere a un paciente en fase terminal.

Posteriormente, con el paso del tiempo y cuando se conocieron las medidas de prevención para evitar la transmisión, se fue haciendo más evidente la necesidad de permitir visitas a pacientes COVID en ciertas situaciones. Fue entonces cuando se empezaron a desarrollar protocolos que establecían el procedimiento a seguir para visitar a los pacientes.

Es este aspecto, la diferencia de gestión sanitaria entre comunidades autónomas se hizo notar, ya que mientras que la Comunidad Valenciana, pionera en el desarrollo de un protocolo que brindaba a la familia opciones para el acompañamiento ante esta última dura etapa (35), comenzaba a permitir visitas (36), otras continuaban con la prohibición definitiva las visitas a pacientes COVID.

Poco tiempo después, se fue implantando de forma progresiva en todas las comunidades.

En nuestra comunidad autónoma, el protocolo, que se aplica tanto en la planta de hospitalización como en las unidades de cuidados intensivos, permite una visita excepcional de un familiar para “posibilitar una anticipada despedida lo más adecuada posible”, es decir, las visitas habitualmente se realizan cuando el paciente se encuentra en una situación de salud delicada y con un pronóstico malo. Si lo traducimos a la práctica y lo solapamos con el protocolo de cuidados paliativos, dicho momento suele ser previo a la sedación (29).

Según el protocolo (37), el familiar deberá ser informado de la situación del paciente de forma telefónica antes de acudir al hospital. La visita será exclusivamente de una persona, durante un tiempo flexible pero acotado, para evitar que interfiera en las prácticas asistenciales de los profesionales. Además, dicho familiar debe cumplir ciertos requisitos, entre los más importantes hay que destacar que debe ser consciente y asumir los riesgos que implica tener contacto con un paciente COVID positivo. La visita será supervisada en todo momento por personal sanitario y el horario será fijado por el equipo asistencial, siempre evitando la coincidencia con familiares de otros pacientes (37). Otro de los requisitos indispensables, es que el familiar deberá realizar la visita con las medidas de protección adecuadas. Para ello, será instruido en la colocación y retirada del equipo de protección individual antes de acceder a la sala.

De esta manera, el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla pretende garantizar de alguna forma el acompañamiento al final de la vida en un paciente aislado, facilitando en su justa medida una muerte digna.

Otro de los objetivos de este protocolo, es facilitar las etapas del duelo a los familiares ante el fallecimiento de un ser querido en esas condiciones. El hecho de saber que tu madre, tu abuelo, tu hijo, ha fallecido solo, aislado y sin nadie alrededor deja unas consecuencias psicológicas que repercuten sobre la salud de los familiares (37).

Por ello, el hospital también ofrece un servicio de apoyo terapéutico a los familiares para sobrellevar una etapa tan dura.



## CONCLUSIÓN

Tras la contextualización histórica realizada sobre las distintas pandemias a las que la humanidad se ha enfrentado, podemos llegar a la conclusión de que independientemente del microorganismo patógeno causal, los pilares básicos para evitar la transmisión son los mismos que hace siglos. Sin embargo, la diferencia radica en que, ciertas medidas nos pueden parecer más agresivas, tales como el confinamiento domiciliario, ya que la vida social y la interacción entre individuos ha ido adquiriendo mayor importancia en nuestra vida diaria.

A día de hoy, a pesar de que ciertas Comunidades Autónomas hayan desarrollado legislaciones específicas para garantizar la muerte digna, no existe una ley a nivel nacional que ampare a todos y cada uno de los habitantes, ofreciendo una igualdad generalizada en cuanto a la actitud que se puede tomar en los últimos momentos de vida.

Con respecto a la muerte digna durante la pandemia por COVID-19, es innegable el hecho de que durante los primeros meses fue prácticamente inexistente. Fue así hasta tal punto de que la gente no sólo moría sola y sin recibir atención médica, sino que los cuerpos sin vida se acumulaban y apilaban en morgues saturadas e improvisadas, sin llegar a ser velados ni enterrados por sus familiares.

Afortunadamente, la situación fue avanzando con el paso del tiempo hasta el punto actual, en el que se es consciente de que la muerte digna es un derecho fundamental de los pacientes que no se puede perder por muy contagioso que sea el virus. Por ello, a día de hoy se permiten las visitas, entre otras medidas, a los pacientes por COVID en estado terminal.

De esta forma, se intenta velar por la muerte digna de los pacientes, además de paliar las consecuencias psicológicas sobre sus propios familiares.

Por último, no nos podemos olvidar de la labor que han realizado todos y cada uno de los profesionales sanitarios que desde un primer momento, se han enfrentado al virus.

El papel de la Enfermería a lo largo de esta pandemia ha sido fundamental, hemos conseguido ir un paso más lejos, brindando unos cuidados excelentes, abrazando al virus cuando todo el mundo quería darse la vuelta, llegando a las casas cuando los enfermos no podían... Y todo ello bajo unas condiciones laborales pésimas.

Fue innegable el reconocimiento durante esos meses hacia el personal sanitario, pero es importante que a día de hoy y para el futuro, no nos olvidemos de cuidar a los profesionales, a la sanidad pública y nuestra salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida. Comunitat Valenciana. Boletín Oficial del Estado, nº 183, (30 de Junio de 2018) [Internet] Jun 2018. [Consultado 29 Nov 2020] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-10760-consolidado.pdf>
2. González Ruiz P. Más de 3.000 cántabros se registran oficialmente para que los médicos respeten su derecho a morir con dignidad – El Diario Montañés. [Internet] Marzo 2019. [Consultado 29 Nov 2020] Disponible en: <https://www.eldiariomontanes.es/cantabria/3000-cantabros-documentan-20190307135112-nt.html>
3. Pitlik SD. COVID-19 Compared to Other Pandemic Diseases. Rambam Maimonides Med J. 2020 Jul 31;11(3):e0027. Review. doi: 10.5041/RMMJ.10418. [Internet] [Consultado 13 Dic 2020] Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.unican.idm.oclc.org/32792043/>
4. Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19) [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [consultado 30 Nov 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
5. Ministerio de la presidencia, relaciones con las cortes y memoria democrática. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado, nº 67 (14 de marzo de 2020). [Internet] Marzo 2020. [Consultado 30 Nov 2020] Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2020/03/14/pdfs/BOE-A-2020-3692.pdf>
6. Ministerio de la presidencia, relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. Real Decreto 956/2020, de 3 de noviembre, por el que se prorroga el estado de alarma declarado por el Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2. Boletín Oficial del Estado, nº291 (4 de noviembre de 2020). [Internet] Noviembre 2020 [Consultado 4 Dic 2020] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2020/BOE-A-2020-13494-consolidado.pdf>
7. García-Atance García de Mora M.V. Dignidad de la persona en el proceso de morir y muerte digna. Especial referencia al menor. Dialnet. [Internet] 2016 [Consultado 23 Dic 2020]; 26: 169-179 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/479483>
8. Vega Gutiérrez J. Eutanasia: concepto, tipos, aspectos éticos y jurídicos. Actitudes del personal sanitario ante el enfermo en situación terminal. [Internet] Fundación Bioética; 2017 [Consultado 23 Dic 2020]. Disponible en: [https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion\\_temas/eutanasia/EUTANASIA\\_2000.pdf](https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/eutanasia/EUTANASIA_2000.pdf)

9. De Miguel Sánchez C, López Romero A. Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregón y Australia. Medicina Paliativa [Internet] 2006 [Consultado 2 Marzo 2021] 13(4): 207-215. Disponible en: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/04/eutanasia-y-suicidio-asistido-conceptos-generales-y-situacion-legal.pdf>
10. Macía Gómez R. El concepto legal de muerte digna. [Internet] Oct 2008. [Consultado 12 Marzo 2021] Disponible en: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/09/2008-concepto-legal-muerte-digna.pdf>
11. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es una pandemia? [Internet] Febrero 2010. [Consultado 6 Dic 2020] Disponible en: [https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently\\_asked\\_questions/pandemic/es/](https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/)
12. León Gómez V, Rincón Elvira E, Duque Delgado L. Revisión y análisis de las pandemias más devastadoras de la humanidad: de la antigüedad hasta la actualidad. Nure Inv. 2020; 17(108) [Internet] [Consultado 7 Dic 2020] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7616821>
13. Castañeda Gullot C, Ramos Serpa G. Principales pandemias en la historia de la humanidad. Revista Cubana de Pediatría. 2020;92(Supl. especial):e1183. Artículo de revisión. [Internet] [Consultado 13 Dic 2020] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312020000500014&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312020000500014&script=sci_arttext&lng=pt)
14. Huguet G. National Geographic. Historia. Grandes pandemias de la historia. EE. UU.: National Geographic Society; 2020 [Consultado 21 Dic 2020]. Disponible en: [https://historia.nationalgeographic.com.es/a/grandes-pandemias-historia\\_15178](https://historia.nationalgeographic.com.es/a/grandes-pandemias-historia_15178)
15. ONUSIDA. Hoja informativa – Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. UNAIDS; [Internet] 2020. [Consultado 21 Dic 2020]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
16. Report on the global HIV/AIDS epidemic - Traducción. ONUSIDA. [Internet] 2000. [Consultado 23 Dic 2020]. Disponible en: [https://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2000/20000602\\_JC404\\_2000-global-report\\_es.pdf](https://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2000/20000602_JC404_2000-global-report_es.pdf)
17. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15 Noviembre 2002). [Consultado 12 Marzo 2021] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
18. Simón Lorda P, Puente Serrano N, Carretero Guerra R, Oliva Blázquez F, García León F, Cía Ramos R, et al. Ética y Muerte Digna: Historia de una ley. Junta de Andalucía. Consejería de Sanidad. Sevilla; 2012. [Consultado 24 Marzo] Disponible en: PDF descargado.

19. Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. Boletín Oficial Junta de Andalucía, nº 88, (7 Mayo 2010). [Consultado 25 Marzo 2021] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2010/BOE-A-2010-8326-consolidado.pdf>
20. Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte. Boletín Oficial del Estado, nº 115, (14 Mayo 2011). [Consultado 27 Marzo 2021] Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es-ar/l/2011/03/24/10/dof/spa/pdf>
21. Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. Boletín Oficial Navarra, nº 65, (4 Abril 2011). [Consultado 23 Marzo 2021] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-7408-consolidado.pdf>
22. Leyes autonómicas de muerte digna. Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente. [Consultado 27 Marzo 2021] Disponible en: <https://derechoamorir.org/leyes-en-espana/>
23. Gutiérrez M. Cantabria esperará a que exista una ley de muerte digna para establecer una normal autonómica. Cadena Ser. 12 Mayo 2018. [Consultado 27 Marzo 2021] Disponible en: [https://cadenaser.com/emisora/2018/05/12/radio\\_santander/1526119632\\_591890.html](https://cadenaser.com/emisora/2018/05/12/radio_santander/1526119632_591890.html)
24. Wikipedia [Internet]. 31 Enero 2021. Ortotanasia. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Ortotanasia>
25. Maciá Gómez R. El concepto legal de Muerte Digna. Derecho a morir. Octubre 2008. [Consultado 3 Abril 2021] Disponible en: <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/09/2008-concepto-legal-muerte-digna.pdf>
26. Amorim Biondo C, Paes da Silva MJ, Dal Secco LM. Distanasia, eutanasia y ortotanasia: percepciones de los enfermeros de unidades de terapias intensiva e implicaciones en la asistencia. Rev Latino-am Enfermagem. 2009. Septiembre-Octubre; 17(5). [Consultado 8 Abril 2021] Disponible en: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/es\\_03.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/es_03.pdf).
27. De Lillo L. Del encarnizamiento terapéutico a una muerte digna. Revista de Antropología FMV. 2011; 20(201). [Consultado 15 Abril 2021] Disponible en: <http://www.fmv-uba.org.ar/comunidad/revistasylibrosdigitales/antropologia/Vol.%20VI%20Nro.%201%20a%C3%B1o%202011/delillo%20-%20muerte%20digna.pdf>
28. Comunidad de Castilla y León. Protocolo integral de actuación ante situaciones específicas de gravedad, últimos días y fallecimiento en la crisis COVID-19. Gerencial Regional de Salud SACYL. 2 Abril 2020 [Consultado 13 Abril 2021] Disponible en: [https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/atencion-hospitalaria.ficheros/1571031-020420\\_Protocolo%20integral%20de%20actuaci%C3%B3n%20ante%20situaciones%20](https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/atencion-hospitalaria.ficheros/1571031-020420_Protocolo%20integral%20de%20actuaci%C3%B3n%20ante%20situaciones%20)

[espec%C3%ADficas%20de%20gravedad%2C%C3%BAltimos%20d%C3%ADas%20y%20fallecimiento%20en%20la%20crisis%20COVID-19.pdf](#)

29. Comunidad de Cantabria. Cuidados paliativos: Manejo de los síntomas COVID19. Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. 1 Abril 2020. [Consultado 13 Abril 2021] Disponible en: [https://www.scsalud.es/documents/2162705/9267191/protocolo\\_cuidados\\_paliativos\\_covid19.pdf/9a77b0f7-b70b-db2b-0479-d847aa752c6a](#)
30. Martín de Sequera B. Encarnizamiento terapéutico. Universidad Europea. 2021. [Consultado 30 Abril 2021] Disponible en: [https://abacus.universidadeuropea.es/bitstream/handle/11268/7510/Premio\\_Proyecto\\_Sostenible\\_7.pdf?sequence=1](#)
31. Hernández C. Coronavirus: primeras limitaciones a las visitas en hospitales españoles. Redacción médica. 2020. [Consultado 30 Abril 2021] Disponible en: [https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/-coronavirus-primeras-limitaciones-a-las-visitas-en-hospitales-espanoles-6431](#)
32. Cusso RA, Navarro CN, Galvez AMP. El cuidado humanizado en la muerte por covid-19: a propósito de un caso. Enfermería Clínica. [Internet] 2020; 31 (1): 62-67. [Consultado 29 Abril 2021] Disponible en: [https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.018](#)
33. Consuegra-Fernández M, Fernández-Trujillo A. La soledad de los pacientes con COVID-19 al final de sus vidas. Rev. Bioética y Derecho [Internet]. 2020 [Consultado 29 Abril 2021]; (50):81-98. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S188658872020000300006&lng=es](#)
34. Mouzo J. “Lo más duro es ver que los pacientes se mueren solos”. El País. 2020. [Consultado 30 Abril 2021] Disponible en: [https://elpais.com/espana/catalunya/2020-03-24/lo-mas-duro-es-ver-que-los-pacientes-se-mueren-solos.html](#)
35. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana. Protocolo de acompañamiento al paciente en el final de la vida durante la pandemia por COVID-19. Derecho [Internet]. 2020 [Consultado 30 Abril 2021] Disponible en: [https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/PROTOCOLO%20ACOMPAN%C3%83AMIENTO%20FINAL%20VIDA.pdf](#)
36. Parra-Giordano D, Muñoz Pino I. Ética en Enfermería en cuidados paliativos al final de la vida en COVID-19. Revista Chilena de Enfermería [Internet] 2020. [Consultado 3 Mayo 2021] Disponible en: [https://ultimadecada.uchile.cl/index.php/RCHE/article/view/58223/61964](#)
37. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Paciente hospitalizado en planta COVID en situación de gravedad. [Internet] 2020. [Consultado 5 Mayo 2021] Disponible en: [https://www.scsalud.es/documents/2162705/9267191/paciente\\_hospitalizado\\_en\\_pl](#)

[anta covid en situacion de gravedad v1 01042020.pdf/5a179d6e-7070-224b-7567-8457bfa7678d](#)